

DE LA

PANCRÉATITE SUPPURÉE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 27 juillet 1897, à 3 heures de l'après-midi

PAR

Charles-Marie-Joseph FAIVRE D'ARCIER

Né à Luxeuil le 29 Mai 1869 (Haute-Saône)

Examineurs

MM. SPILLMANN, professeur, président.
BERNHEIM, professeur.
ÉTIENNE, professeur agrégé.
ZILGIEN, professeur agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE CHARLES IOCHUM ET C^{ie}

13, rue de Serre et 83, rue de Strasbourg

1897



Digitized by the Internet Archive
in 2026

DE LA

PANCRÉATITE SUPPURÉE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 27 juillet 1897, à 3 heures de l'après-midi

PAR

Charles-Marie-Joseph FAIVRE D'ARCIER

Né à Luxeuil le 29 Mai 1869 (Haute-Saône)

Examineurs { MM. SPILLMANN, professeur, président.
BERNHEIM, professeur.
ÉTIENNE, professeur agrégé.
ZILGIEN, professeur agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE CHARLES IOCHUM ET C^{ie}

13, rue de Serre et 83, rue de Strasbourg

—
1897

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

— DIC —

Doyen : M. HEYDENREICH, I U.

Doyen honoraire : M. TOURDES, O *, I U.

Professeurs honoraire : MM. TOURDES O *, I U; HERRGOTT *, I U,
HECHT *, I U, BEAUNIS *, I U.

Clinique médicale.....	M. BERNHEIM, * I U, professeur.
Clinique chirurgicale	M. GROSS, * I U, professeur.
Physique médicale.....	M. CHARPENTIER, I U, professeur.
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, I U, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. HEYDENREICH, I U, professeur.
Pathologie externe.....	M. WEISS, I U, professeur.
Chimie médicale et Toxicologie	M. GARNIER, I U, professeur.
Clinique médicale.....	M. SPILLMANN, I U, professeur.
Clinique obstétricale et Accouchements ...	M. A. HERRGOTT, I U, professeur.
Médecine légale.....	M. E. DEMANGE, I U, professeur.
Hygiène	M. MACÉ, I U, professeur.
Thérapeutique et Matière médicale.....	M. SCHMITT, I U, professeur.
Anatomie pathologique.....	M. BARABAN, I U, professeur.
Anatomie descriptive.....	M. NICOLAS, I U, professeur.
Physiologie.....	M. MEYER, A U, professeur.
Pathologie générale et Pathologie interne.	M. SIMON, I U, professeur.
Histologie.....	M. PRENANT, A U, professeur.
Histoire naturelle médicale	M. VUILLEMIN, A U, professeur.

Cours complémentaires

Clinique des maladies des yeux.....	M. ROHMER, I U, ag. lib. ch. du cours
Clinique des maladies des vieillards.....	M. P. PARISOT, A U, ag. l. ch. du cours
Clinique des maladies des enfants.....	M. HAUSHALTER, A U, ag. ch. du cours
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	M. FÉVRIER, *, A U, ag., ch. du cours
Accouchements	M. SCHUHL, ag., ch. du cours.
Clinique des maladies mentales	M. N...

Agrégés en exercice

MM. GUÉRIN, I U.	MM. ZILGIEN.	MM. JACQUES.
HAUSHALTER, A U.	GUILLOZ, A U.	LAMBERT.
FÉVRIER, *, A U.	FRÉLICH.	
ÉTIENNE.	SCHUHL.	

Agrégés libres : MM. SCHLAGDENHAUFFEN *, I U, ROHMER, I U, VAUTRIN, A U,
REMY, A U, P. PARISOT, A U.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, M, A U, Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SPILLMANN

A MONSIEUR

LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ÉTIENNE

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES ET SŒURS

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

AVANT PROPOS

L'idée de ce travail nous a été donnée par M. le Professeur agrégé Étienne, qui, sans nous cacher les difficultés que nous pourrions trouver dans cette étude, s'est mis, avec sa complaisance habituelle, entièrement à notre disposition.

Son attention sur les suppurations du pancréas avait été attirée par le cas d'un malade entré au service de M. le Professeur Spillmann le 6 Juillet 1896. Le malade porteur de cette lésion, entrant comme il est relaté dans l'observation au cinquième jour de sa maladie.

Il mourut le 10 juillet à 4 heures, sans que le diagnostic put être porté, vu le peu de symptômes que présentait le malade.

Nous verrons dans la suite de ce travail que quelquefois l'ensemble de certains faits, la localisation de certaines douleurs, peut remettre sur la voie du diagnostic, confirmé, malheureusement trop souvent à l'autopsie, mais malgré le travail de *Réginald Fitz*, auquel nous avons fait un large emprunt, malgré celui d'Arnozan, malgré les quelques observations que nous avons pu re-

cueillir, le diagnostic de la *pancréatite suppurée* reste à peu près impossible.

Nous nous contenterons d'étudier les pancréatites et Angéo-pancréatites suppurées, laissant de côté intentionnellement, les kystes suppurés, dont l'étude sera faite au *diagnostic*.

Nous consacrerons un premier chapitre à retracer, en quelques mots, l'histoire de ces affections.

Un second à l'anatomie et à la physiologie de la glande.

Dans un troisième, nous donnerons ce que nous savons de la symptomatologie.

Un quatrième indiquera la marche, le pronostic et la terminaison et les complications possibles.

Nous étudierons dans un cinquième chapitre l'anatomie pathologique que quelques planches feront mieux comprendre.

Le diagnostic différentiel trouvera place dans un sixième.

Le septième comprendra l'étiologie et la pathogénie, et le huitième sera consacré au traitement.

Nous terminerons ce travail par l'exposé des observations qui nous ont servi à l'édifier.

Avant de commencer, il est pour nous un devoir que nous remplissons ici avec le plus grand plaisir, c'est d'adresser à M. le professeur Spillmann l'expression de notre plus profonde gra-

titude pour l'honneur qu'il nous fait d'accepter la présidence de notre thèse. Nous lui devons encore des remerciements pour son enseignement au lit du malade, mais nous tenons aussi et surtout à lui témoigner notre profonde reconnaissance pour les soins dévoués qu'il nous a accordés pendant notre longue maladie.

Que MM. les professeurs Heydenreich et Hergott veuillent bien accepter nos remerciements pour nous avoir reçu comme externe dans leur service.

Merci aussi à MM. les professeurs agrégés Février et Etienne, auxquels nous sommes profondément reconnaissants de l'intérêt qu'ils nous ont porté.

Nos excellents camarades Boin, Bénédict et Garnier, voudront bien aussi prendre leur part de remerciements, les deux premiers pour avoir bien voulu nous faire bénéficier, l'un de ses profondes connaissances histologiques, l'autre de son talent de dessinateur, le troisième, pour le bon service qu'il nous a rendu en mettant si gracieusement à notre disposition sa parfaite connaissance de la langue anglaise.

CHAPITRE 1^{er}

HISTORIQUE

Les quelques observations qui nous viennent soit du commencement du siècle, soit même du siècle dernier, n'offrent pas les garanties suffisantes pour que nous en acceptions sans réserve toutes les conclusions.

C'est d'abord Lieutaud, au siècle dernier. Il rapporte des cas cités par Bartholin, Tulpius, Aubert et Patin, et des cas cités par Priolan, Bouz et Gauthier, rapportés par Ancelet.

Clössen parle d'un cas de Blancart en 1868, où le pancréas d'un enfant mort de petite vérole, contenait de petits foyers purulents. Tonnelli a rencontré une suppuration du pancréas dans deux cas de septicémie puerpérale.

Malheureusement ces faits ne sont appuyés sur aucune observation. Döring a vu, dans un cas, le pancréas dur et augmenté de volume en connexion avec un abcès du mésentère du colon transverse. On trouvait dans le pancréas quatre onces de pus de mauvaise nature. Mais peut-on affirmer que la lésion pancréatique était primitive? Portal vit le pancréas plongeant

dans le pus. Le malade avait succombé à *une violente attaque de goutte* ? Again trouva dans un abcès plus d'un kilogr. de pus, dans une sorte de poche formée par le tissu cellulaire péripancréatique. Dans un autre cas, également rapporté par lui, c'était un homme qui mourut après extirpation du testicule et ligature du cordon. L'autopsie montra le cordon rempli de pus et un abcès volumineux autour du pancréas.

Percival, en 1818, rapporte un autre cas qui doit être considéré comme douteux. Andral, en 1829, décrit deux petits abcès qu'il trouve dans le pancréas.

Les quelques observations que nous avons pu recueillir montrent combien le sujet a été peu approfondi.

Le seul travail sérieux qui ait été fait sur la matière nous vient de Fitz, en 1889, travail qui est devenu classique.

CHAPITRE II

Anatomie et Physiologie

Notions anatomiques. — Le pancréas est un organe glanduleux situé dans la profondeur de l'épigastre et accolé au duodenum. Il est formé d'une partie horizontale et d'une partie verticale. Il a 16 à 20 centimètres de long, sur 4 de large et 2 à 3 d'épaisseur.

Rapports. — Ils sont nombreux. En avant avec la face postérieure de l'estomac. Quelquefois cependant lorsque l'estomac est abaissé, le pancréas répond soit au foie, soit à la paroi abdominale antérieure dont il est séparé par l'épiploon gastro-hépatique. Il correspond encore à la première portion du duodenum, à l'angle de réunion du colon ascendant et du transverse.

La face postérieure concave se moule sur le rachis au niveau de la première vertèbre lombaire. Elle en est séparée par les veines splénique, mésentérique supérieure et veine porte, par les piliers du diaphragme, des ganglions lymphatiques, l'aorte à gauche et la veine porte à droite. Un tissu cellulaire dense maintient la fixité de l'organe et par le fait, celle du duodenum ; à gauche, le pancréas correspond au rein et à la capsule surrénale du même côté.

Le bord supérieur est creusé en gouttière pour recevoir l'artère splénique. Il est en rapport avec le duodenum, le lobe de Spiegel et le tronc cœliaque.

Le bord inférieur répond à la 3^e portion du duodenum. Il en est séparé par les vaisseaux mésentériques supérieurs et le feuillet inférieur du mésocolon transverse.

La tête est en rapport intime avec le canal cholédoque et le duodenum. La queue est reliée à la rate par un repli du péritoine.

Le pancréas est une glande en grappe offrant les plus grandes analogies avec les glandes salivaires. Le canal excréteur, ou canal de Wirsung, a d'abord une direction verticale, puis s'infléchit en bas pour s'aboucher avec le canal cholédoque, dans l'ampoule de Vater et le duodenum. Un second canal, partant du canal de Wirsung va déboucher à 25 ou 30 millimètres au-dessus de l'ampoule de Vater.

Vaisseaux.— Le pancréas est une glande très vasculaire. Il reçoit du sang de l'artère splénique qui le longe en haut, de l'artère pancréatico-duodenale supérieure et inférieure, la première, branche de l'hépatique, la seconde de la mésentérique supérieure, laquelle fournit une autre branche longeant le bord inférieur du pancréas. Toutes ces artères s'anastomosent entre elles et se résolvent en capillaires dans la profondeur de la glande. Les veines suivent à peu près le trajet des artères et vont ensuite dans la veine porte.

Tissu conjonctif.— C'est un tissu assez lâche qui entoure et réunit entre eux les acini glandulaires pour se continuer ensuite avec le tissu cellulaire environnant.

Nous verrons par la suite que ce tissu subit histologiquement des modifications importantes, selon le processus de la maladie.

Physiologie, — Le pancréas est une glande en

grappe caractérisée par ce fait que son épithélium glandulaire est modifié par la pénétration, dans son intérieur, de tissu conjonctif et de vaisseaux.

Constitution de l'acinus. — L'acinus est tapissé de cellules cylindro-coniques, présentant deux zones bien distinctes, entre lesquelles on trouve le noyau. Il présente à son centre un petit canal qui envoie des ramifications entre les cellules.

Le mécanisme de la sécrétion est celui des glandes en grappe : la cellule ne s'emploie pas tout entière à la fabrication du liquide sécrété (glande *méocrine*).

Le pancréas a trois fonctions physiologiques : Par le ferment appelé par Kühne la *Trypsine*, il agit sur les substances albuminoïdes pour les transformer en peptones.

Un second ferment, le ferment *diastasique* transforme l'amidon en glycose.

Par le ferment saponifiant (*steapsine*) il émulsionne et dédouble les graisses.

Enfin le pancréas possède une sécrétion interne qui produirait, par sa suppression, les phénomènes du diabète maigre.

Ces quelques considérations physiologiques suffisent à montrer l'importance de cette glande.

CHAPITRE III

Symptomatologie

Nous rangerons les nombreux symptômes que nous avons pu retrouver d'une manière constante sous trois chefs :

1) Symptômes provenant de la lésion glandulaire. La physiologie nous donne les éléments suffisants pour les établir. On aura de la graisse dans les selles, du sucre dans les urines : enfin et surtout on retrouvera le tableau de diabète pancréatique.

2) Symptômes de réaction intestinale.

3) Symptômes généraux se retrouvant dans la majorité des observations ou seulement dans quelques cas.

Dans la première catégorie, nous n'insisterons pas sur la présence du *sucre* qui n'a été notée que trois fois et celle des *peptones* une fois. Il est évident que ces symptômes ou bien sont rares, ou, ce qui est plus probable, passent inaperçus. L'*amaigrissement rapide* est au contraire un fait qui attire toujours l'attention. Nous le retrouverons dans toutes nos observations. On note même parfois que le malade fondait, pour ainsi dire, en quelques jours. Ce caractère accompagnant, on le sait, le diabète pancréatique, en est un des symptômes importants. L'*affaiblissement* qui accompagne cet amaigrissement est extrême.

Dans la seconde catégorie nous trouvons un groupe de symptômes bien définis.

C'est d'abord la *constipation* ou la *diarrhée*. La première est la plus fréquente, mais la seconde n'est pas rare et semble dans un certain nombre de cas, être plutôt un symptôme de début. L'*inappétence* est habituelle, la *soif* intense, quelquefois cependant le malade est atteint de *polyphagie*.

Dans presque toutes les observations nous retrouvons des *nausées* et des *vomissements*. Généralement alimentaires ou muqueux, ils peuvent être bilieux ou noirâtres s'accompagnant ou non d'une sensation de bien-être.

La *sonorité exagérée* de l'épigastre est encore un bon élément de diagnostic, réuni aux autres symptômes.

Symptômes péritonéaux. — Ce sont ceux qui accompagnent la péritonite : faciès grippé, hoquets.... Mais nous verrons au diagnostic que la ressemblance n'est pas complète.

Douleur. — Nous ne saurions trop appuyer sur ce symptôme qui fait rarement défaut. C'est en pleine santé, sans prodromes, qu'éclate soudain une douleur excessive ordinairement localisée à l'épigastre ou s'irradiant dans l'hypochondre gauche. Quelquefois cependant, elle se généralise à tout l'abdomen : nous sommes dans ce cas en présence d'une péritonite consécutive. C'est aussi une sensation de constriction, d'étouffement ou de pesanteur. De plus, ces douleurs peuvent disparaître, faisant croire à la guérison, pour reparaître avec une nouvelle intensité quelques jours après.

Dans la troisième catégorie, nous trouvons comme

symptômes la *céphalée* et les indications que nous donne la température et le pouls.

La *fièvre* est habituellement modérée, quelquefois même il y a hypothermie et collapsus comme dans l'hémorragie du pancréas, dont les symptômes sont presque identiques.

Les *frissons* ne sont pas rares, le *pouls* est petit, rapide. Enfin en examinant les autres organes, nous voyons que le foie est ordinairement hypertrophié, que la rate, petite d'habitude, peut aussi augmenter de volume. L'ictère se trouve noté huit fois.

Dans nos observations où l'examen des urines a été fait, nous avons pu remarquer que les résultats étaient variables tant au point de vue de la quantité que de la teneur en composés anormaux. Les urines sont rares dans quelques cas, abondantes dans d'autres. Enfin, l'albumine, le sucre, les peptones s'y sont rencontrés un nombre de fois variable.

CHAPITRE IV

Marche. Terminaison. Pronostic.

Complications.

La marche de la pancréatite suppurée est essentiellement variable. Nous pouvons en distinguer trois formes :

Suraiguë,

Aiguë,

Lente.

La première forme est la moins fréquente ; elle tue en quelques jours. Certaines formes sont même foudroyantes et provoquent la mort en quelques heures. Ce dernier cas se trouve réalisé dans une observation.

La seconde forme a une durée variable de un à six mois et plus ; nous en avons rapporté plusieurs cas.

Enfin mais beaucoup plus rarement on voit le processus de la maladie suivre une marche lente. Dans ce cas, le malade en proie à de violentes douleurs épigastriques, à de la diarrhée, à des vomissements, finit dans le collapsus.

Le nombre restreint des observations que nous avons pu recueillir indique suffisamment la rareté de cette affection. Son *pronostic* est des plus sombres ; nous ne pouvons relater qu'un cas de guérison.

Complications. — Si la suppuration peut guérir dans des cas rares, elle s'accompagne ordinairement de compli-

cations redoutables que nous pouvons ranger en deux groupes :

Infections de voisinage.

Infections de généralisation.

Dans le premier groupe nous rangeons tout naturellement la péritonite. Nous voyons en effet dans plusieurs observations, les acinis remplis de pus faire hernie dans la cavité péritonéale et se déchirer provoquant alors dans la séreuse une inflammation soit localisée, soit générale.

Dans le second groupe nous rangerons tout d'abord le cas de l'observation XXVI où la rate fut envahie par une embolie septique, d'où infection de cet organe. Le foie a pu aussi être atteint. On conçoit en effet que l'infection puisse pénétrer par la voie sanguine dans toutes les ramifications de la veine porte.

CHAPITRE V

Anatomie pathologique

Dans l'observation inédite recueillie au service de M. le professeur Spillmann, il est des éléments anatomo-pathologiques que nous ne retrouverons nulle part. L'examen microscopique de la glande n'a jamais été fait : l'observation de Mass rapportée par Fitz est la seule qui nous donne quelques renseignements à cet égard. Aussi nous proposons-nous de réunir rapidement les lésions que l'on rencontre d'habitude, voulant donner comme étude histologique les résultats que l'observation de M. Spillmann a pu nous permettre de contrôler.

Tout d'abord, que trouvons-nous à l'autopsie ? Un pancréas augmenté de volume, lourd, consistant, présentant tantôt un ou plusieurs abcès d'un certain volume, tantôt au contraire, et cela dans le cas où la mort surviendra rapidement, une centaine de petits abcès gros comme une épingle ou un petit pois.

Dans ce cas, le tissu propre du pancréas a disparu en partie et l'organe ne représente plus qu'une sorte d'éponge remplie de pus.

Le tissu péripancréatique est rarement indemne. Tantôt c'est une nécrose du tissu graisseux (et ce cas est fréquent), tantôt aussi les foyers purulents pancréatiques s'ouvrent : il se forme alors de vastes poches

suppurées. Le pancréas baigne dans le pus et l'on peut voir des fragments de la glande nageant dans cette collection purulente.

Le péritoine peut être perforé : De là des péritonites localisées ou générales, selon qu'il se forme ou non des adhérences. Le pus peut enfin fuser dans le duodenum et la guérison survenir.

Le foie est ordinairement volumineux, contient parfois des abcès, ce qui augmente la difficulté du diagnostic. Souvent aussi il prend le type du foie infectieux : gras, rougeâtre avec larges plaques jaunes.

La rate est ordinairement augmentée de volume.

Les thromboses septiques peuvent amener sa suppuration, comme il est relaté dans l'observation citée plus haut. Enfin, les poumons, les reins, peuvent être atteints par l'infection.

Étude microscopique. — Les observations sont muettes à cet égard. Voici les résultats que donnent l'observation inédite recueillie chez M. le professeur Spillmann et que M. Boin a bien voulu nous communiquer :

Les lobes glandulaires sont isolés les uns des autres par des travées de tissu conjonctif déjà épaissies. Les vaisseaux sont sclérosés. La tunique conjonctive est épaisse.

A l'intérieur, on voit encore le parenchyme glandulaire. A la périphérie, les acini sont indistincts. La membrane propre a disparu. Les cellules sont espacées les unes des autres et dispersées sans ordre apparent. Les cellules confluent les unes avec les autres en amas de 4 ou 5.

Les noyaux sont condensés, déformés, la plupart

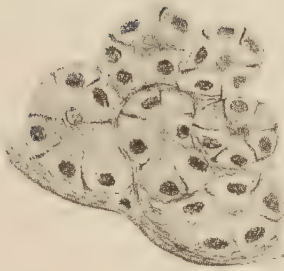


Fig. 1

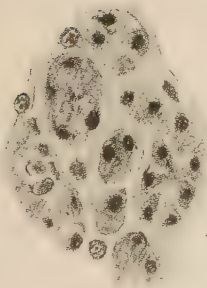


Fig. 2



Fig. 3

Fig. 1. — Acini glandulaires de la périphérie du pancréas. Protoplasma en dégénérescence granuleuse ; caryolyse nucléaire.

Fig. 2. — Acini glandulaires d'une région plus profonde. On ne distingue plus les limites cellulaires. Quelques acini sont presque vides de leur contenu.

Fig. 3. — Partie centrale du pancréas. Néoformation conjonctive. Les travées conjonctives forment des mailles dans lesquelles on distingue quelques débris de cellules glandulaires et de nombreux leucocytes.

sont en chromatolyse, c'est-à-dire que leur substance chromatique se disperse en fragments ou se condense, au contraire, en grains homogènes.

Plus profondément, les cellules glandulaires sont altérées d'une manière plus nette encore, souvent complètement dégénérées. La cellule perd sa forme polyédrique et prend alors une forme quelconque : anguleuse, ovulaire, allongée.

Le noyau perd sa faculté de se colorer par les couleurs d'aniline basiques (phénomène du « *Karyorrhexis* »). Le protoplasme présente la dégénérescence vacuolaire par place (phénomène dit « *Plasmarrhexis* ») ou la dégénérescence granuleuse.

Entre ces cellules, qui sont nombreuses, on trouve d'autres cellules à noyaux multiples ou polymorphes. Ce sont des globules de pus.

A mesure que l'on s'avance dans la profondeur de l'organe, on voit que le tissu glandulaire diminue de plus en plus et qu'il fait place à un tissu conjonctif ferme, parcouru par des vaisseaux à parois sclérosées et remplis de globules de pus.

Ce qui doit nous arrêter surtout dans cette courte étude histologique, c'est la rapidité avec laquelle le parenchyme glandulaire disparaît et la prolifération non moins rapide du tissu conjonctif, dans une maladie qui a évolué en quelques jours.

Résultats des cultures. — En comparant les résultats des cultures faites dans les observations XXVI et XXII, nous voyons que le microbe qu'on retrouve est d'abord le coli-bacille. Dans l'observation XXVI, à l'ensemencement, l'on trouvait plusieurs sortes de microbes, mais le coli-bacille dominait.

Dans l'observation XXII, on trouve le coli-bacille et le staphylocoque doré.

Ces simples faits suffisent à donner une base plus que suffisante aux théories que nous exposons au chapitre : *Étiologie*. Théories qui consistent à admettre comme cause de la pancréatite suppurée, les infections générales ou localisées. Dans l'historique, nous avons parlé de deux cas de ce genre à la suite d'une septicémie puerpérale. Malheureusement nous n'avons pas les observations.

CHAPITRE VI

Diagnostic

Le diagnostic des pancréatites suppurées devrait se tirer de la physiologie même du pancréas.

Ainsi la présence de graisse dans les selles, du sucre dans l'urine, les symptômes du diabète maigre, l'ictère devraient conduire au diagnostic.

Malheureusement il n'en est rien, et ce n'est que par un groupement raisonné d'une foule des symptômes que nous avons déjà étudiés que Thayer et J.-E.-Atkinson sont arrivés à l'établir. Toutes les affections abdominales : gastrite, ulcère rond, coliques hépatiques, appendicite, péritonite aiguë, hernie étranglée interne, occlusion intestinale en général, hémorragie du pancréas, crise tabétique, peuvent simuler cette affection. Prenons-les en détail :

Hémorragie pancréatique. — L'hémorragie pancréatique est moins rare que la suppuration. Les symptômes sont identiques, le diabète et la stéarrhée mettront sur la voie d'une affection du pancréas, mais on pensera à une hémorragie dans le cas où la fièvre hectique, les douleurs épigastriques, le rejet du pus par l'estomac ou l'intestin feront défaut. Le diagnostic reste néanmoins très difficile.

Lithiase pancréatique. — Dans cette affection, les principaux éléments de diagnostic seraient : l'hémorragie

intestinale, les vomissements et l'ictère. Malheureusement le diabète maigre existe dans les deux maladies.

Kystes pancréatiques. — D'après J. Bœckel, on en distingue deux sortes :

Kystes symptomatiques. — Ils sont ordinairement sous la dépendance d'un carcinome du pancréas, d'une cirrhose pancréatique due à la compression du canal de Wirsung par le tissu néoplasique ou d'une lithiasé hépatique. Les tumeurs du duodenum peuvent amener les mêmes symptômes.

Kystes idiopathiques. — D'après J. Bœckel, également, nous pouvons avoir quatre variétés : Kystes hémorragiques, kystes proprement dits, kystes purulents, kystes hydatiques.

Les deux premières variétés sont les plus importantes. Dans ces deux formes, on trouvera comme élément différentiel une tumeur de volume variable.

La fluctuation sera souvent évidente. De plus, on trouvera toujours de la matité à la région épigastrique.

Les symptômes généraux que nous avons énumérés, feront ordinairement défaut. Enfin une laparatomie exploratrice sera le procédé de choix comme élément de diagnostic en même temps qu'un procédé curatif.

Tumeurs du pancréas. — La compression du cholédoque, l'ascite par compression de la veine porte, la compression du pylore avec dilatation de l'estomac y feront penser.

Ulcère de l'estomac. — Comme dans la pancréatite, l'ulcère se montre de préférence chez les dyspeptiques et particulièrement les alcooliques, mais la douleur est réveillée par l'ingestion des aliments, de plus, on trouve toujours dans le cas d'ulcère de l'hypérchlorhydrie.

Empoisonnements. — Le lavage de l'estomac et l'analyse des vomissements et des matières extraites mettront sur la voie du diagnostic. L'étude de ces liquides n'entre pas dans le cadre de notre travail.

Appendicite. — Dans cette affection, on constate deux symptômes très nets ; douleur localisée à la fosse iliaque droite pouvant s'irradier dans les lombes et la cuisse et apparition d'une tumeur également située à droite et donnant l'illusion d'une tumeur du cœcum. Le diagnostic est donc facile.

Hernie étranglée interne, volvulus, invagination. — Les vomissements seront alors notre élément de diagnostic. Si l'étranglement se trouve placé tout au commencement de l'intestin, les vomissements fécaloïdes apparaîtront dès le début ; ces mêmes vomissements seront retardés à mesure que l'occlusion siègera plus près du gros intestin.

Péritonite aiguë. — On sait que la péritonite se produit ordinairement à la suite d'une perforation intestinale donnant lieu à l'issue dans le péritoine de liquides septiques : pus, matières fécales, bile, urine, etc., due à une autre maladie telle que la gastrite ulcéreuse, la fièvre typhoïde, la dysenterie, la tuberculose, la variole, l'érysipèle.

Les symptômes sont un peu les mêmes ; mais dans la péritonite, alors que la température est constante, la température anale pouvant aller jusqu'à 41°, dans la pancréatite, au contraire, nous trouvons ordinairement une fièvre légère, quelquefois même de l'hypothermie.

Quelquefois aussi la péritonite peut avoir une allure spéciale dans le cas de péritonite par étranglement,

c'est alors : vomissements fécaloïdes, suppression des gaz et des selles.

Il est évident que la maladie intercurrente fera pencher le diagnostic plutôt vers la péritonite que vers la pancréatite suppurée.

Coliques hépatiques. — Comme dans la pancréatite suppurée, le début et la douleur éclatent brusquement, mais deux, trois heures après le repas, on observe un point épigastrique, et aussi un point cystique, ce qui est le symptôme propre à la colique hépatique; de plus, la douleur est beaucoup plus vive. L'ictère ne peut pas être un élément de diagnostic puisqu'il se rencontre dans les deux affections, mais il ne manque jamais dans la colique. De plus la douleur cesse brusquement et jamais on ne rencontrera de diabète.

La pression de l'hypochondre gauche provoquera de la douleur dans le cas de pancréatite et le foie sera insensible; ce sera le contraire dans la colique hépatique.

On peut aussi tenir compte des antécédents; le malade accusera des coliques antérieures, on aura trouvé des calculs dans ses selles, enfin l'individu atteint de suppuration présentera des antécédents dyspeptiques et sera ordinairement obèse.

Les traumatismes seront facilement diagnostiqués.

Il en sera de même des crises tabétiques qui sont accompagnées de symptômes entièrement étrangers à notre sujet.

CHAPITRE VII

Étiologie, Pathogénie

L'étiologie de la pancréatite suppurée est encore assez vague.

Nous avons dû faire précéder l'étude des causes prédisposantes que les auteurs reconnaissent d'habitude par un aperçu étiologique que nous suggère l'observation inédite que nous publions, ainsi que celle de Mass, rapportée par Fitz (Obs. XXVI et XXII).

On sait par les travaux d'Albarran pour l'appareil urinaire, de Dupré, pour le foie, de Dupré et Chaisse, pour la parotide, qu'en temps normal, les conduits excréteurs des glandes sont aseptiques. Le cholédoque l'est jusqu'au bout, le canal de Wirsung l'est sur presque toute sa longueur. L'infection et la suppuration consécutive de la glande ne peuvent donc s'expliquer lorsque l'individu est sain. Nous décrivons plus bas un mécanisme d'infection : celui de l'obstruction du canal excréteur. Mais il en est un autre bien plus général et qui a toutes chances d'être le vrai dans la plupart des cas. Nous voulons parler de l'infection préalable, soit générale, soit localisée.

Expliquons nous.

Tant que le duodenum est sain, il ne peut exister d'infection ; mais si une entérite, une invasion microbienne (particulièrement de coli-bacille) vient à mo-

difier l'intestin, il ressort clairement des études sur les glandes semblables que la suppuration pourra s'établir.

Nous pouvons naturellement accepter avec Arnozan l'idée d'une infection générale telle que fièvre typhoïde, typhus, fièvre intermittente comme cause de suppuration. A plus forte raison la pyohémie.

Comme causes déterminantes, nous citerons toutes les causes d'obstruction du canal de Wirsung. On sait, en effet, que la ligature artificielle du canal excréteur d'une glande provoque dans la majorité des cas, la suppuration du tissu glandulaire.

Nous pouvons donc affirmer, et notre dernière observation en fait foi, qu'un calcul enchatonné dans le canal de Wirsung, une compression venant d'un cancer voisin, ou de toute autre cause peut provoquer l'angéio-pancréatite.

D'ailleurs il existe de nombreux cas d'angéiocholite suppurée qui ne reconnaissent pas d'autre cause. Il nous est donc permis de conclure d'un fait à l'autre dans le cas de deux glandes soumises à un même état pathologique.

Nous devons à ce sujet relever un fait rapporté par M. le Professeur R. Fitz, d'angéio-pancréatite qui provoqua la mort.

A l'autopsie, on trouva un lombric mort dans le canal de Wirsung.

M. le professeur R. Fitz n'admet pas la pathogénie basée sur l'obstruction du canal par ce parasite, dont la présence serait pour lui un phénomène post mortem ; or, nous devons à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Étienne, un cas bien étudié de cholécystite suppurée, provoquée par la présence d'un ascaride dans le canal cholédoque.

Citons encore pour être complet, l'*obésité*, sans donner à ce fait, vu sa banalité relativement à la rareté de l'affection qui nous occupe, une influence prépondérante sur le développement possible d'une pancréatite suppurée. Nous devons ajouter toutefois, que la maladie se développe presque toujours sur des gens obèses, qui ont une tendance à faire de la dégénérescence graisseuse des organes.

Deux autres facteurs semblent mériter une importance plus grande. Ils ressortissent, eux aussi, d'un mauvais état général. Nous voulons parler de l'*éthylisme* et des dyspepsies en général en mentionnant plus spécialement la *dyspepsie alcoolique* dont l'action prédisposante peut être d'autant plus efficace qu'elle réalise les dangers que peuvent créer et la dyspepsie en général et l'éthylisme.

Signalons, enfin, mais d'une façon générale, les excès de toute nature (surmenage intellectuel, excès vénériens, etc.).

Il nous reste à discuter le mécanisme qui produit la mort.

L'explication la plus plausible, dans les cas foudroyants, est l'action du pancréas irrité sur les filets sensitifs du sympathique, irritation aboutissant au bulbe où elle peut produire la mort par arrêt du cœur.

La mort peut être encore due à une syncope par inhibition centrale. Les phénomènes d'inhibition sont alors absolument semblables à ceux que peuvent amener un coup violent sur certaines régions (épigastre, testicule), des altérations viscérales (calculs biliaire, rénal, etc.).

Dans des cas subaigus ou lents, la mort est due aux

troubles profonds qu'amène dans la nutrition, la disparition des produits de sécrétion de la glande pancréatique (stéarrhée, diabète maigre); n'oublions pas enfin la possibilité d'une généralisation de l'infection, la formation d'embolies septiques, etc.

CHAPITRE VIII

Traitement

Le traitement médical n'a malheureusement qu'une efficacité douteuse et devient purement symptomatique.

Contre la douleur, les vomissements, la constipation ou la diarrhée, les symptômes péritonéaux, on emploiera la thérapeutique habituelle : glace intus et extra, purgatifs légers, opiacés. Il faut avant tout chercher à soutenir les forces du malade, et prescrire les aliments qui seront les mieux assimilés.

Si l'on peut affirmer la disparition totale ou partielle du pancréas par l'abolition de ses fonctions ou en d'autres termes si la lésion passe à l'état chronique, on peut *essayer* de faire avaler au malade des pancréas de veau ou de porc hachés menu ou pratiquer des greffes de la glande. Nous savons que ce genre de médication a donné parfois de bons résultats.

Si le diagnostic est posé nettement, on recourra à l'intervention chirurgicale. Dans ce cas, voici la technique opératoire : 1° Laparotomie médiane sus-ombilicale ; 2° Relever ou réséquer le grand épiploon et refouler l'estomac en haut ; 3° Suturer les parois de l'abcès à la plaie cutanée ; vider l'abcès et drainer.

On se mettra en garde autant que possible contre les hémorragies qui pourraient se produire, vu la richesse

du réseau vasculaire dans cette région. On peut aussi, avec Körte, employer la voie lombaire. Il faut dans ce cas que l'abcès proémine en arrière.

Il est bien entendu que, si nous parlons d'une intervention, dont nous sommes avec Elliot très partisans, il n'est pas question de ces cas très fréquents où le pancréas est comme farci de centaines de petits abcès. Cette forme, d'ailleurs, est ordinairement à marche rapide.

CHAPITRE IX

OBSERVATION I

de Baillie (Résumé.)

Homme 30 ans. Pas d'antécédents importants.

Symptômes. — Douleur abdominale généralisée. — Nausées. — Sensation de distension et poids après le repas. — Manie de se purger. — Hydropisie.

Lésions. — Pancréas fortement augmenté de volume, contenant une quantité considérable de pus.

OBSERVATION II

de Perle (Résumée)

Homme adulte.

Antécédents. — Chétif, scrofuleux, dyspeptique.

Symptômes. — Douleurs épigastriques sourdes depuis plusieurs semaines, qui deviennent ensuite violentes. — Nausées et selles liquides diarrhéiques. — Pouls rapide. — Peau sèche. — Epigastre douloureux. — Amélioration temporaire. — Retour de la diarrhée. — Fièvre, amaigrissement, affaiblissement. — Mort à la fin du 4^e mois.

Lésions. — Pancréas partiellement induré et en partie rempli de pus. — Le pus a fusé dans l'abdomen. — Les autres organes sont normaux.

OBSERVATION III

Fletcher (Résumée)

Homme adulte.

Antécédents. — Corpulent. — Se livre volontiers aux excès de table.

Symptômes. — Forte douleur épigastrique. — Sensation de ballonnement après le repas. — Douleur sourde continue, s'étendant dans les hypochondres au-dessus de l'ombilic. — Les purgatifs le soulagent. — Vomissements et constipation. — Amaigrissement et affaiblissement progressif, puis selles fétides et sanguinolentes. — Amélioration temporaire. — Cachexie et mort après 9 mois de maladie et 4 mois d'hôpital. — On avait soupçonné une obstruction intestinale.

Lésions. — Pancréas augmenté de volume. — Il forme une masse purulente et l'on ne peut plus reconnaître la structure normale. — Son extrémité a ulcéré le duodenum à sa portion inférieure à travers cette ulcération, le pus a dû pénétrer dans l'intestin. — Foie volumineux. — Rate normale.

OBSERVATION IV

Kilgour (Résumée)

Homme : 41 ans.

Antécédents. — Pas de maladies. — Gros mangeur. — Grand amateur de sucreries. Il y a plusieurs années accès de dyspepsie bilieuse. — Son dernier accès datait de 7 mois. — Il ne s'en est pas remis comme d'habitude.

Symptômes. — Amaigri. — Faible. — Abattu. — Agité. — Vomissements muqueux fréquents. — Sensation de distension de l'estomac et de l'intestin, dans lesquels il y a beaucoup de gaz. — Pas d'appétit. — La soif n'est pas augmentée. — Constipation. —

Selles moulées, mélangées de bile, très fétides. — Pas de douleur ni de tumeur. — La partie gauche de l'abdomen est mate. — Tympanisme à la partie droite, ainsi qu'au niveau de l'estomac. — Après deux mois d'affaiblissement léger, frissons répétés et fièvre. — La région entre l'ombilic, le bord inférieur de l'estomac et le flanc gauche, est empatée, lourde, sans résistance, indolore. — Après deux semaines, les frissons cessent et il apparaît une zone sensible résistante au-dessus de l'ombilic, du côté gauche. — Œdème des pieds et des jambes. — Mort au bout de 44 mois.

Lésions. — Le pancréas est volumineux. — Ses enveloppes épaissies. — Toute la glande forme une cavité cloisonnée, pleine de pus crémeux et de masses casécuses de la grosseur d'un pois. — Le duodenum avoisinant le pancréas se réduit en lambeaux pultacés même lorsqu'on le manipule avec soin. — La rate est augmentée d'un bon tiers. — Malgré l'amaigrissement extrême, il y a encore un demi-pouce de graisse dans la paroi abdominale.

OBSERVATION V

Riboli (Résumée)

Femme de 54 ans.

Antécédents. — Robust. — Il y a quelques mois, accès de mauvaise digestion avec inappétence. — Amaigrissement. — Perte de forces. — Frissons. — Le matin, vomissements d'un liquide visqueux. — Guérison.

Symptômes. — Réapparition des symptômes précédents avec douleur sourde, profonde. — Subictère, pyrosis, tuméfaction à l'épigastre. — Diarrhée alternant avec la constipation. — Selles blanchâtres, muqueuses, peu fréquentes. — Amaigrissement progressif, perte des forces. — Mort.

Lésions. — Le pancréas n'est plus qu'un foyer de suppuration. — La rate est normale. — La vésicule est pleine de bile.

OBSERVATION VI

Klob (Résumée)

Femme de 64 ans.

Lésions. — Dans la partie supérieure du pancréas, un noyau dense grisâtre, dans lequel il y a des débris de substance glandulaire et des cavités arrondies grosses comme un pois. — Les dernières sont remplies d'un liquide épais et blanchâtre. Il y a aussi plusieurs petites cavités purulentes. — A la partie inférieure du pancréas, on trouve un abcès de la grosseur d'une noisette. — Le canal se réduit à son embouchure pour s'élargir graduellement vers la queue. La paroi postérieure de l'estomac fortement adhérente au pancréas, limite un abcès muco-purulent.

OBSERVATION VII

Drasche (Résumée)

Homme de 23 ans.

Antécédents. — Bien portant.

Symptômes. — Fortes douleurs gastriques, sans cause, perte d'appétit, constipation. — Fièvre peu intense. — Épigastre douloureux. — Amaigrissement rapide. — La nuit qui suit son entrée à l'hôpital, il ressent des douleurs lancinantes d'une extrême intensité, s'irradiant latéralement dans l'épigastre qui est tuméfié, tendu et tympanique. — Les accès accompagnent un collapsus passager. — Dans la quatrième semaine, diarrhée d'abord peu intense, puis subitement profuse, aqueuse avec nausées et vomissements bilieux. — Après un bien être passager, fièvre et réapparition de la diarrhée après la septième semaine. — L'abdomen est fortement tendu, le tympanisme augmente. Quelques hoquets, faiblesse progressive, amaigrissement extrême. — Mort le 65^e jour.

Lésions. — Le pancréas est augmenté de volume, de couleur rouge-jaunâtre. — Sclérose du tissu péripancréatique. — A la coupe, on trouve plusieurs abcès un peu plus gros qu'une fève communiquant quelquefois par des trajets fistuleux. — Deux d'entre eux s'ouvrent dans la paroi postérieure de l'estomac qui est adhérente et deux dans le duodenum. — La rate est normale, ferme, rouge pâle. — La veine splénique est obstruée par un thrombus jaune-rougeâtre, au niveau duquel la paroi est déchirée et communique avec un large abcès. — Un lombric se trouve à moitié dans la veine et à moitié dans l'abcès et dans un trajet fistuleux conduisant de là au duodénum. — Un abcès aussi gros qu'un œuf de poule se trouve dans le lobe gauche du foie. — Péritonite fibrineuse à la partie supérieure de l'abdomen.

OBSERVATION VIII

Roddick (Résumée).

Homme de 30 ans.

Antécédents. — Alcoolique. — Ses excès l'ont toujours rendu souffrant : il a alors une diarrhée intense. — A eu deux attaques de fièvre intermittente, toux chronique depuis deux ans. — Syphilitique en traitement.

Symptômes. — Après deux jours de constipation, légères douleurs épigastriques et vomissements, soif, peau chaude, anorexie, selles normales. — Frissons suivis de fièvre ; frissons et diarrhée vers la fin de la semaine, puis subictère, frissons persistants et diarrhée. — Mort dans le collapsus le 12^e jour.

Lésions. — Le pancréas est fortement adhérent. — A la section de la tête qui est augmentée de volume, on ouvre un abcès à parois épaisses contenant une once de pus. — Poumons phthisiques contenant un nodule central de couleur chocolat laissant échapper du pus.

OBSERVATION IX

Nathan (Résumée).

Homme de 25 ans.

Antécédents. — Catarrheux, très affaibli depuis deux semaines.

Symptômes. — Depuis deux jours, irritabilité gastrique, nausées, constipation, puis hoquets incessants. — L'épigastre est distendu, tympanique, mais on ne trouve ni douleur ni même sensibilité. — Vomissements abondants et constants d'un liquide brunâtre, fétide. — Pas d'ictère. — Diminution des forces, amaigrissement. — Mort d'épuisement 6 jours après le début des symptômes de troubles gastriques. — Diagnostic porté : *Volvulus*.

Lésions. — Pancréas augmenté, tête indurée comme du mortier. — Duodenum aplati et comprimé par le pancréas. — Ses tuniques sont épaissies, petites hémorragies épiploïques. — Vésicule biliaire distendue.

OBSERVATION X

Schmith (Résumée)

Homme. — Age inconnu.

Lésions. — Pancréas fortement adhérent aux organes voisins. — L'extrémité splénique renferme un petit abcès contenant du pus jaunâtre. On trouve près du duodenum un petit ganglion lymphatique contenant un pus semblable. — Abcès dans le diaphragme au-dessus de la rate.

OBSERVATION XI

Frison (Résumée)

Homme de 30 ans.

Symptômes. — Fièvre continue, fortes douleurs abdominales au niveau de la rate qu'on suppose contenir des abcès. — Mort au bout d'un mois.

Lésions. — Abcès du pancréas entouré d'adhérences.

OBSERVATION XII

Frison (Résumée)

Homme de 28 ans.

Antécédents. — Travail pénible et de plus le malade faisait des heures supplémentaires.

Symptômes. — Perte d'appétit. — Douleurs épigastriques. — Ictère. — Pas de fièvre. — Le troisième mois de la maladie, douleurs à l'hypochondre droit et à l'épaule. — Abdomen tuméfié ainsi que les bourses et les jambes. — Augmentation d'appétit. — Soif intense. — Urines sucrées et abondantes. — Le 10^e mois, ictère intense, amaigrissement extrême. — Affaiblissement. — Partie inférieure de l'abdomen empâtée, partie supérieure distendue et tympanique. — Le diabète persiste avec retour de la fièvre. — Mort dans le coma au 10^e mois et demi.

Lésions. — Le pancréas est augmenté de trois fois son volume; il est infiltré de pus. On trouve une large collection purulente, jaunâtre, épaisse dans la queue de l'organe. — De plus, nombreux petits abcès dans le lobe gauche du foie. — Enorme dilatation du canal cholédoque. — Rate normale.

OBSERVATION XIII

Friedreich (Résumée)

Homme de 40 ans.

Symptômes. — Attaque de douleurs abdominales sans cause

connue, suivie de distension et de typanisme abdominal avec endolorissement. — Vomissements bilieux fréquents. — Constipation. — Fièvre élevée. — Mort dans le courant de la semaine.

Lésions. — Pancréas augmenté de trois fois son volume, rouge; sa consistance est augmentée. Il est rempli de centaines d'abcès du volume d'un pois, beaucoup s'étant ouverts dans l'abdomen. — Péritonite fibrine purulente généralisée, surtout dans la partie supérieure de l'abdomen.

OBSERVATION XIV

St-George's Hospital (Résumée)

Homme adulte.

Antécédents. — Bien portant habituellement. — Sobre. — Mais depuis quelque temps, il ne peut supporter les aliments gras. — Céphalée. — Hernie inguinale gauche.

Symptômes. — Un mois avant il est pris de toux et de dyspnée. — Il y a six mois, il a eu de la diarrhée avec épuisement. — Anorexie. — Ictère. — Sept semaines après, œdème considérable durant un mois.

Pendant 10 jours, douleurs épigastriques et inter-scapulaires. — Mort d'épuisement après 5 mois de symptômes abdominaux.

Lésions. — Tête du pancréas augmentée. — Un abcès diffus le long du trajet du canal excréteur s'ouvrant dans la petite cavité des épiploons l'a remplie de pus et de là a fusé dans le duodenum. — Péritonite séro-fibrineuse. — Thrombose de la veine fémorale. — Sommets caséeux. — Foie cirrhotique. — Canalicules biliaires distendus.

OBSERVATION XV

Shea (Résumée)

Femme de 29 ans.

Antécédents. — Il y a 15 mois, vives douleurs au niveau du

foie, augmentant et diminuant alternativement. — Pas de nausées. — Peu d'appétit. — Selles régulières et foncées.

Symptômes. — Ictère pendant 2 semaines, endolorissement au niveau de la vésicule. — Toux. — Sommeil troublé.

Deux semaines après, convalescence apparente pendant 4 jours, puis retour des douleurs au niveau de la vésicule. — Nausées. — Vomissements bilieux, ictère, agitation, respiration rapide, perte de connaissance. — Mort en 36 heures.

Lésions. — Le pancréas, augmenté de volume, contient un abcès. — Un lombric de 7 pouces de long se trouve en partie dans le duodenum, en partie dans le canal. — Cœur volumineux, gras-seux ; reins pâles ; foie hypertrophié, pâle, mou.

OBSERVATION XVI

Fraenkel (Résumée)

Homme de 58 ans.

Antécédents. — Il y a un an, a eu une dyspepsie flatulente avec sensation de plénitude abdominale. — La région stomacale n'est pas douloureuse. — Trois mois après, pâleur, sensibilité à l'épigastre, selles foncées, goudronneuses. — Il guérit de ces symptômes, mais reste pâle et émacié. — Après 5 mois, autre attaque de dyspepsie intense pendant une nuit, puis amélioration et engraissement.

Symptômes. — Après un écart de régime, vomissements et fortes douleurs abdominales. — Tuméfaction et sensibilité de l'abdomen. — Quatre jours après, douleurs dans les deux hypochondres. — Météorisme. — Fièvre. — Réapparition des vomissements. — Assoupissement. — Affaiblissement progressif et mort au 41^e jour.

Lésions. — Pancréas tuméfié. Sa paroi antérieure est tapissée de petites tumeurs blanc jaunâtres de la grosseur d'un grain de chenevis, isolées ou réunies en groupe. Elles forment de petites cavités à parois lisses et à contenu pulpeux. Un groupe de ces

tumeurs, grisâtre et gangréneux, est en rapport avec le péritoine éraillé. Le contenu de ces cavités consistait en corpuscules graisseux et granuleux et en débris. Les plus petites présentaient une paroi infiltrée de petites cellules. On trouve des foyers semblables à la coupe du pancréas et des bandes larges ou étroites de productions diffuses de tissus graisseux. Petites proéminences semblables au côlon transverse et dans le mésentère. Dans le premier, il y a nécrose circonscrite avec lambeaux flottants et adhérences péritonéales récentes. Tissu graisseux sous-péritonéal abondant.

OBSERVATION XVII

L. Moore (Résumée)

Symptômes obscurs de péritonite.

Lésions. — Le pancréas est détruit en entier par la suppuration, l'extrémité splénique qui reste est infiltrée de pus et présente une surface irrégulière formant une partie de la paroi d'un abcès situé au dessous de l'iléon. Cette cavité purulente est limitée en haut par l'estomac, la rate, la paroi abdominale et des anses intestinales.

OBSERVATION XVIII

L. Moore (Résumée)

Homme de 74 ans.

Lésions. — La tête du pancréas, partiellement détruite, formait la paroi d'un abcès environné des autres côtés par des adhérences péritonéales.

OBSERVATION XIX

L. Moore (Résumée)

Homme de 35 ans.

Symptômes. — Subictère.

Lésions. — Une grande partie de la tête du pancréas est détruite par un abcès limité par le pancréas, le duodenum et la partie inférieure de l'estomac. Le canal dilaté communique avec l'abcès et ce dernier s'ouvre dans la cavité péritonéale en ulcérant la paroi pancréatico-duodénale.

OBSERVATION XX

Musser (Résumée)

Homme de 42 ans.

Antécédents. — Alcoolique. — Misérable.

Symptômes. — Depuis quelques semaines, faiblesse croissante ; a eu un accès de vomissement suivi pendant 25 jours de lourdeur, insouciance, inappétence, fièvre, douleur. — Tumeur épigastrique mal définie, indolore. — On pratique la paracentèse. — La poche se remplit de nouveau en 18 heures.

Lésions. — Dans la tête du pancréas, on trouve un abcès du volume d'une orange : le reste de la glande est dense et contient de nombreuses poches purulentes. Les canaux excréteurs sont dilatés. Le gros abcès s'ouvrait dans une autre cavité purulente limitée par la paroi postérieure de l'estomac, le duodenum, le pancréas, le côlon transverse et le péritoine. — La veine porte est remplie d'un thrombus purulent qui s'étend dans les veines splénique, hépatique et mésentérique. — Légère cirrhose. — La rate est petite, molle. On trouve des traces de péritonite récente. — La peau est bronzée.

OBSERVATION XXI

Bamberger (Résumée)

Homme de 20 ans.

Symptômes. — Après ingestion d'aliments avariés, le malade a été pris de nausées subites, de vomissements violents, de prostration. — Frissons. — Céphalée violente. — Le lendemain, les frissons augmentent, il se plaint de douleurs lancinantes dans l'abdomen. — Diarrhée. — Le cinquième jour, forte fièvre, météorisme ; la région gastrique et iléo-cœcale est dilatée. Une semaine plus tard, ictère. — Cinq jours après, le foie augmente et devient douloureux. — L'abdomen se distend. — Selles rares, comme de la colle de pâte. Les urines contiennent des peptones. — Un à deux frissons par jour avec changement brusque et atypique de la température. — Vomissements aqueux répétés. — Hoquets. — Mort dans le collapsus à la fin de la 6^e semaine.

Lésions. — La tête du pancréas contient un abcès comme un œuf de poule plein d'un pus jaune-verdâtre. — Le foie fortement augmenté de volume est adhérent au diaphragme, à la paroi antérieure de l'abdomen et à l'estomac. — Il y a de nombreux abcès, les plus gros comme un œuf de poule et de petits nodules d'un violet foncé. La veine porte est presque obstruée par un thrombus brun-rouge se continuant dans la veine splénique. Derrière l'abcès pancréatique, ce thrombus est en état de ramolissement puriforme. — La rate est volumineuse, dense, rouge-brun. On trouve une péritonite séro-fibrineuse récente.

OBSERVATION XXII

(Mass rapportée par R. Fitz)

Femme de 39 ans plutôt grasse. — Se livre à la boisson. Un an ou deux avant sa maladie, elle est prise d'inappétence, de gêne après le repas, de renvois gazeux, de constipation opiniâtre, douleurs subites épigastriques sans cause connue, constipation

et vomissements. — Le lendemain, la douleur s'accroît mais diminue après les vomissements. — Le jour suivant, la malade après un repas copieux est prise de douleurs insupportables à l'épigastre. Le hoquet et les vomissements deviennent incessants

L'abdomen est tuméfié.

Pouls : 120. Température : 103°,4 Fahrenheit.

La malade reste plusieurs jours dans cet état. — Constipation opiniâtre.

On soupçonna une obstruction intestinale. — On prescrivit de l'huile de castor qui donna une selle suivie d'un abaissement notable du pouls et de la température.

Admise à l'hôpital, elle y resta deux semaines. — Pendant son séjour, la malade est en état de stupeur. — La douleur épigastrique est modérée. Les nausées et vomissements persistent. Incapable de manger des aliments solides. — La peau n'est pas chaude, le pouls est à 80. — On n'obtient des selles que par des laxatifs et des lavements. Traces d'albumine dans l'urine. L'abdomen est plein, arrondi. — Rien à la palpation. Pendant la fin de son séjour, la malade commence à se lever chaque jour un instant.

Elle quitte l'hôpital sans l'avis des médecins, et on suppose qu'elle se livra à la boisson.

Le Docteur Sears la vit trois jours après. Elle souffrait vivement et se maintenait dans un état de stupeur. La soif était intense, mais elle vomissait immédiatement ce qu'elle avalait.

L'expectoration consistait en un mucus épais et mousseux. Pouls : 120. Température : 99°,4 F. L'abdomen est distendu. Les parois rigides. — On trouve une tumeur à l'épigastre et dans l'hypochondre droit. — Cet état persiste encore pendant trois jours, puis elle entre à l'hôpital où elle meurt en quelques heures, 7 semaines après le début de la maladie.

Autopsie. — Le pancréas a son volume et sa densité normaux. Sa couleur est d'un gris foncé. A la partie inférieure de la tête, on trouve une cavité cloisonnée à parois vert-sale, anfractueuses et contenant une substance caséuse et nécrotique. Une grosse branche du canal s'ouvre dans la cavité par une déchirure. — Les parois près de la cavité sont vertes et molles. — Le canal principal est intact, mais contient près de son orifice une petite quantité de liquide visqueux, brunâtre. Le tissu péripancréatique graisseux forme une partie de la cavité décrite plus haut.

A côté de l'extrémité splénique du pancréas, on voit une cavité creusée dans le tissu graisseux, de la grosseur d'une noisette et contenant un liquide verdâtre. Ça et là, dans le tissu environnant et dans le tissu graisseux du mésentère du mésocolon et de la paroi abdominale postérieure, on trouve de petits nodules blancs opaques, surélevés, de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un pois. Il y en a d'agglomérés en petite masse. Leur contenu s'énuclée facilement. Les plus petits de ces nodules sont fréquemment limités par un bord injecté.

Rien d'anormal dans la veine porte et ses branches. Le foie présente des traces d'atrophie brune : la vésicule et le cholédoque contiennent des calculs. Pas de marque de péritonite généralisée, mais en disséquant le mésocolon on trouve de faibles adhérences. A l'examen microscopique du tissu graisseux, on trouve des traces de nécrose graisseuse caractéristiques et une infiltration de cellules embryonnaires. Il y a également de petits abcès et une infiltration de leucocytes.

On voit de plus des taches circonscrites arrondies composées de cellules plates plus ou moins allongées entourées d'une bordure fibreuse. Ces cellules sont de taille variable, quelques unes beaucoup plus grosses que les cellules graisseuses à plusieurs noyaux, d'autres, et ce sont les plus petites, sont quatre fois plus grosses que les globules sanguins. Ces plaques font penser à un vaisseau lymphatique bourré d'endothélium desquamé et œdémateux.

On fit de plus une analyse du tissu graisseux nécrosé et une recherche bactériologique qui permit d'isoler quatre sortes de bactéries.

1) Un organisme lactescent, fluorescent, ayant l'aspect d'un mince et court batonnet, de taille moitié moindre que le bacille de Koch.

2) Un organisme très semblable au staphylocoque doré et par ses cultures et par son aspect.

3) Des bacilles très courts plutôt minces, non liquéfiant qui formaient des pellicules minces, grisâtres, presque translucides et chagrinées sur gélatine et agar-agar, tout autour de la piqure.

4) Un organisme qui fut trouvé en très grande quantité. Les cultures se montrèrent comme des colonies finement perlées tout

le long de la piqûre avec une extrémité aplatie, gris perle s'étendant à deux ou trois millimètres sur la surface du milieu nutritif. Au microscope, il se présente sous forme de bâtonnets très courts, épais, ressemblant quelque peu à l'aspect des coupes de tissu nécrosé. Il ne liquéfiait pas la gélatine.

OBSERVATION XXIII

W. Paul (Résumée).

Femme, 47 ans.

Violentes douleurs à l'épigastre. — Six mois après, l'état général devient déplorable : l'abdomen est distendu, sensible à la pression. Une zone de matité s'étend depuis l'appendice xiphoïde, jusqu'au rebord des fausses côtes du côté gauche et au milieu de l'espace séparant l'ombilic du cartilage ensiforme. La malade souffre d'une diarrhée intense, d'intolérance d'estomac. Le pouls est petit, rapide ; la température est à 37°, mais le mois précédent, chaque soir, il y avait un accès de fièvre. Une incision exploratrice fut pratiquée. On découvrit : lors une masse fluctuante, au-dessus de la grande courbure de l'estomac : on sutura la paroi de la poche fluctuante aux lèvres de l'incision abdominale et on retira près de 600 grammes de liquide purulent dans lequel nageaient des fragments de pancréas : dans le fond de la cavité de l'abcès, on trouvait la tête et la queue du pancréas qu'on détacha avec le doigt. Une hémorragie abondante nécessita un tamponnement iodoformé, la guérison s'établit sans accidents, la gaz fut retirée le cinquième jour et remplacée par un tube à drainage. Le onzième jour la malade se leva, s'habilla et quitta l'hôpital avec une fistule persistante.

OBSERVATION XXIV

J.-E. Atkinson

Femme de 35 ans.

Multipare. — D'une bonne santé habituelle. — Première crise de coliques hépatiques qui dura trois semaines mais on ne trouva pas de calculs dans les selles. — L'ictère était intense. — Peu de temps après, grossesse. — Après l'accouchement, la malade fait une chute suivie peu après d'une nouvelle crise de coliques hépatiques avec ictère par rétention, depuis ce moment la malade se cachectise et perd l'appétit. — La palpation de la région épigastrique révèle tout particulièrement, s'étendant dans l'hypochondre gauche et dépassant l'ombilic de quelques centimètres, une induration à contours irréguliers ne modifiant pas à la vue les parois abdominales, ni fluctuante, ni mobile, douloureuse à la pression, mate à la percussion. — Douleur légère sans paroxysmes à la région épigastrique. — L'ictère persiste léger, puis surviennent des vomissements parfois striés de sang.

Les selles sont demi-solides, grisâtres, muqueuses. — Pas d'augmentation du volume de la rate. — Bientôt le hoquet apparaît. — Au palper, on sent à la région épigastrique une induration irrégulière, sans fluctuation, ni mobilité : elle se perçoit jusque vers l'hypochondre gauche. — La palpation est légèrement douloureuse. — Les urines contiennent des pigments biliaires, de l'albumine et un peu de sucre. — Fièvre. — Pas de frissons. — Respiration du type costal supérieur.

Le diagnostic porté fut : coliques hépatiques, enclavement d'un calcul, ictère, pancréatite suppurée avec péripancréatite. — Quelques heures avant la mort, la tuméfaction s'affaissa subitement. — C'était l'ouverture de la collection purulente dans la cavité péritonéale.

Autopsie. — La tête du pancréas a presque complètement disparu, la portion qui en reste forme le paroi postérieure de l'abcès.

La collection purulente occupe la région normalement occupée par le pancréas : ce qui reste de cet organe forme une masse spongieuse, comme rongée par les vers, dont les mailles sont comblées par un magma puriforme.

J.-E. Atkinson, dans ce cas, établit ainsi la filiation des accidents : Lithiase biliaire, arrêt d'un calcul au confluent des canaux cholédoque et pancréatique, d'où obstruction complète de ceux-ci ; pancréatite et péripancréatite successives.

OBSERVATION XXV

Thayer.

Homme de 44 ans. — Marié. — Polisseur de pianos.

Antécédents héréditaires. — Père mort de vieillesse, 78 ans. — Mère morte d'hydropisie. — 6 frères et sœurs vivants et bien portants. — 1 frère mort à 37 ans, d'apoplexie. — Aucune trace bacillaire dans la famille.

Antécédents personnels. — A eu la petite vérole. — Pneumonie à 6 ans. — Antécédents éthyliques avérés. — Il fume et chique. — Il y a 5 ans, il aurait eu une attaque après laquelle il serait resté une semaine sans connaissance dans son lit. — Depuis, il a de l'embarras de la langue et est devenu craintif. — Depuis 2 ans, il a des nausées le matin et quelquefois il rejette une substance verdâtre et filante. — Fréquemment il vomit son diner. — Il aurait ressenti, il y a un an des douleurs comparables à des crampes d'estomac dans l'épigastre et autour de l'ombilic. — La première attaque survint la nuit ; les douleurs violentes ne cédèrent qu'à la morphine. Depuis, à chaque crise, il emploie ce médicament à haute dose. — Malgré cela, il ne peut travailler que rarement. — Les crises sont accompagnées de fièvre et de vomissements. — Jamais d'ictère. — Le 15 juin 1895, il sent pendant son travail une sensation de pesanteur à l'épigastre et rentre à la maison.

Dans la nuit suivante, la douleur augmente, vomissements, douleur intense et le malade remarque une tuméfaction juste au niveau de l'ombilic, tuméfaction très douloureuse, constipation. — La semaine suivante le délire survient avec fièvre continue. — On diagnostique : *abcès du foie.*

Il entre le 25 juin à l'hôpital de John Hopkin.

Etat actuel. — C'est un malade bien constitué, assez corpulent, lèvres et muqueuses colorées, langue chargée, température élevée, faciès hébété. — Rien à l'examen du thorax. — L'abdomen est gonflé avec tuméfaction anormale sur la ligne médiane au niveau de l'épigastre. — La matité hépatique est augmentée. — A gauche, le son est tympanique. — D'après les sensations révélées par la palpation, il est certain qu'il existe un organe (estomac ?) contenant de l'air juste au-dessous de la peau.

Plus bas et située profondément, on sent une masse au-dessus de laquelle on trouve une zone de tympanisme. Les contours de cette masse ne sont pas nets, le palper n'est pas douloureux, la tumeur ne peut pas être séparée exactement du foie. La position genu pectorale n'indique rien de plus.

La matité splénique est normale.

Pas d'albumine dans les urines, pas de sucre.

Le sang présente de la leucocytose.

D'après l'état du malade, on devait songer à un processus inflammatoire aigu intra-péritonéal. — Quoique la masse ne fut pas nettement fluctuante, elle donnait néanmoins la sensation d'une tumeur liquide et le diagnostic devait se poser entre : abcès du foie, abcès résultant d'une perforation de l'estomac ou pancréatite aiguë. — Le contour bien net du foie, ses déplacements faciles, quoique la masse semblait faire corps avec lui, l'absence d'ictère éliminaient l'abcès du foie. — L'idée d'un abcès stercoral par perforation gastrique ou ulcère rond pouvait se soutenir.

Rien ne faisait songer à quelque chose du côté de la vésicule biliaire. — La situation profonde de la tumeur faisait plutôt pencher vers un processus aigu dans le pancréas. On devait rejeter l'idée d'un kyste du pancréas, vu la rapidité du début et la nature inflammatoire était bien marquée par les symptômes. — Le diagnostic de pancréatite fut donc porté et l'on fit l'opération le 29 juin. — On trouva une masse de tissu graisseux adhérente remplie de petits nodules discrets et confluent, opaques, blanc jaunâtre, présentant l'aspect caractéristique de nécrose graisseuse disséminée. Cette masse était adhérente à l'estomac et au foie. — On bourra de gaz sans fermer la plaie complètement. — La tempé-

rature resta quelques jours élevée, mais l'état du malade était satisfaisant.

Le 5 juillet, le malade eut des nausées et du délire. — On décida une exploration et on trouva à l'angle supérieur de la plaie, une large cavité contenant du pus épais, brun jaunâtre, et du tissu graisseux nécrosé. — Le doigt se rendait compte que la cavité s'ouvrait dans le pancréas. On draina et le pus coula pendant plusieurs jours : en même temps l'état du malade s'améliorait et il quittait l'hôpital le 27 septembre.

Le liquide, examiné au microscope, contenait une infinité de bactéries, des cristaux d'acide gras, mais on ne put faire de cultures.

Remarquons en passant que l'auteur de cette observation se montre très partisan de l'opération, quand l'intervention n'est pas absolument contre indiquée par l'état cachectique du malade.

OBSERVATION XXVI (Inédite)

Due à l'obligeance de M. le Professeur Agrégé Etienne
et recueillie par lui
dans le service de M. le Professeur Spillmann.

G... Nicolas, 46 ans, charretier de brasserie. Entré le 6 juillet 1896 à la clinique de M. le Professeur Spillmann.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires.

Le malade avait des habitudes éthyliques invétérées : il aurait eu une attaque de rhumatisme huit ans auparavant.

L'affection actuelle remonte à cinq jours, débutant par de la diarrhée et de la douleur dans les jambes.

Etat actuel. — Malade primitivement bien constitué, mais très amaigri, faciès grippé, péritonéal. — Apyrexie.

Appareil nerveux. — Le malade se plaint surtout de douleurs intolérables dans les membres inférieurs, douleurs exaspérées encore par la pression des masses musculaires. Il en est de même au niveau des muscles des membres supérieurs et du tronc.

La sensibilité au tact est conservée : fourmillements. — Le malade ne peut pas se tenir debout ; il soulève difficilement les jambes au-dessus du plan du lit, il ne peut arriver à porter ses mains sur sa tête que par saccades. Au dynamomètre, 16 à la main droite, 10 à la main gauche.

Léger tremblement des doigts.

Le malade a littéralement fondu depuis quelques jours.

Le mollet droit mesure 29 cent. de circonférence.

— gauche — 28 —

La cuisse droite — 37,5 —

— gauche — 36 —

Les articulations sont saines : pas d'œdème.

Les réflexes sont presque abolis.

Les sphincters fonctionnent normalement. — Les pupilles sont contractées, égales. — Le sommeil est agité. — Hallucinations professionnelles de l'ouïe et de la vue.

Appareil digestif. — Anorexie. — Vomissements sans caractères spéciaux. — Diarrhée profuse. — Le foie déborde de trois travers de doigt le rebord des fausses côtes ; la zone de matité splénique est légèrement augmentée de volume.

Pas de ballonnement abdominal. — La palpation est très douloureuse.

Appareil respiratoire. — Respiration très superficielle, le murmure respiratoire est diminué.

Appareil circulatoire. — Les bruits du cœur sont un peu sourds à la pointe ; éclat diastolique à la base. — Les jugulaires sont légèrement dilatées.

Appareil urinaire. — Urines rares sans albumine ni glycose.

7 Juillet. — La nuit a été très agitée. — Délire. — Diarrhée profuse.

9 Juillet. — Agitation presque continue. — Paroles incohérentes. — T = M : 38,4. S : 38,6.

10 Juillet. — T = M : 38. — Mort à 4 heures du soir.

Autopsie le 11 juillet à 9 heures du matin. Cadavre en bon état de conservation.

A l'ouverture de l'abdomen, on trouve sous le foie une péritonite enkystée par de fausses membranes. En ce point on trouve le pancréas adhérent et à la partie inférieure du foie et aux anses intestinales. Cet organe est augmenté de volume, lourd. — Il est rempli d'un pus jaunâtre, très épais, bien lié.

A la coupe, on constate que le pancréas est complètement imprégné de pus comme le serait une éponge, les gouttelettes de pus sourdent par tous les canalicules excréteurs incisés et par les acini de façon à former une nappe. Il y a une véritable angeiocholite suppurée diffuse. On ne peut mieux comparer cet aspect qu'à celui d'une parotidite suppurée.

En quelques points, les acini suppurés superficiels se sont perforés et se sont ouverts dans le péritoine adhérent, d'où la péritonite enkystée sous-hépatique signalée.

Intestin. — Extrêmement congestionné, vascularisé.

Foie. — Augmenté de volume, il mesure 28 centimètres de large sur 21 de hauteur. Poids : 2,000 grammes. C'est un vrai type de foie infectieux, gras, avec larges plaques jaunes.

Rate. — Dans l'intérieur du tissu splénique existent de petits abcès contenant un pus blanchâtre du volume d'une grosse noisette.

Reins. — Blancs, multilobulés avec quelques petits kystes. — Décortication facile.

Cœur. — Muscle mou, dégénéré. — On voit de très petites végétations sur les valvules sigmoïdes aortiques.

Poumons. — Congestionnés, œdématisés. — Petite adhérence pleurale droite.

Encéphale. — Œdème et congestion des méninges. — Cerveau normal.

RECHERCHES BACTÉRIOLOGIQUES

Lamelles. — *Examen du pus.* — *Pancréatite.* — Le pus examiné sur lamelles à l'état frais renferme une multitude de bacilles très mobiles, de taille très variable, présentant les caractères morphologiques du coli-bacille.

Le pus fixé sur lamelle et coloré par le violet de gentiane phéniqué ou par la thionine, montre les mêmes éléments bacillaires, se décolorant manifestement par la méthode de Gram. Mais à côté de ces bacilles, on trouve quelques microcoques disposés en diplocoques, sans capsule apparente.

Abcès de la rate. — On trouve à l'exclusion de tout autre élément microbien le bacille décolorable par le Gram.

Cultures. — Le pus de la pancréatite sert à ensementer sur bouillon, sur gélatine, sur gélose et sur pomme de terre et donna les cultures les plus typiques de coli-bacille.

En présence de l'indol, la coagulation du lait et la fermentation de la lactose n'ont pas été recherchées.

Conclusions. — L'infection peut se comprendre de la façon suivante :

1^o Entérite aiguë, probablement coli-bacillaire, sorte de choléra-nostras ;

2^o Infection ascendante consécutive du pancréas, les éléments microbiens remontant les canaux d'excrétion, angiocholite suppurée poli-microbienne, mais renfermant surtout du coli-bacille ;

3^o La pancréatite suppurée a donné naissance :

a) A une péritonite localisée par ouvertures de quelques acini suppurés dans le péritoine.

b) Coli-bacillose généralisée, d'où abcès splénique.

OBSERVATION XXVII

J. Nicolas (Résumée)

G. Pierre, 47 ans, boulanger.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

Il y a deux mois et demi, il est pris brusquement d'inappétence. — Affaiblissement rapide, douleurs violentes, brusques, sans rapport avec l'ingestion des aliments, siégeant à l'épigastre, paroxystiques. — Pas de vomissements, pas de sensation de brûlure à l'épigastre, pas de pyrosis ni de régurgitations acides. — Pas de dilatation stomacale, pas de tumeur appréciable, pas de douleur localisée à la palpation. — Pas d'ictère.

Un peu d'albumine dans les urines.

T. 37° 6 ; 37° 7.

Quelques jours après, le malade a un méloena très abondant suivi d'un soulagement extrême.

3 semaines après les douleurs reparaissent et deviennent constantes, puis nouveaux méloenas. En même temps apparaît un point de côté à droite, puis polyurie avec polydipsie et polyphagie très marquées.

Bientôt l'état général s'aggrave, fièvre vive (40°).

Pneumonie caséeuse du sommet droit. — Le diabète persiste. — On fait le diagnostic de pancréatite suppurée ayant pour cause un ulcère du duodenum. — Mort au bout de 4 mois.

Lésions. — Lithiase pancréatique. — On trouve 20 calculs enchassés dans les parois du canal excréteur et l'ampoule de Vater.

Au tiers gauche du pancréas, le canal de Wirsung s'abouche dans une poche purulente à parois fibreuses, occupant toute la partie moyenne du pancréas, avec sclérose du tissu glandulaire. Cette poche s'ouvrait dans le duodenum près du sphincter pylorique. — Adhérences aux organes voisins. — Pneumonie caséeuse typique du sommet droit. — Pleurésie de 400 gr.

Foie volumineux parsemé de taches jaunâtres graisseuses. — Vésicule et canaux biliaires sains.

Rate volumineuse. — Cœur hypertrophié. — Reins congestionnés, volumineux.

Nous n'avons malheureusement pas pu nous procurer les quatre ouvrages qui suivent, qui auraient pu être pour nous d'un précieux concours :

Fowler. -- A case of suppurative pancréatites. (Brooklyn M. S. 1896.

Grøeve. — Pancréatite suppurative (Pöđ Upsala Lūkaf Förh 1891-92 XXVII).

Iung. — Contribution à la pathogénie de l'inflammation aiguë du pancréas. — Thèse de Gœtinger 1895.

Rosborg. — Pancréatis chron. supp. et indurative. C. poncréatitide supp. et adhœsive. (Dod-Hygica-Stockolm 1885)

CONCLUSIONS

- 1) La pancréatite suppurée est une affection qui doit attirer l'attention du médecin et du chirurgien.
- 2) On la voit survenir d'habitude chez les dyspeptiques, les alcooliques et les surmenés.
- 3) Le diagnostic n'est possible que par un groupement raisonné des symptômes.
- 4) La gravité de la maladie exige que le praticien l'ait présente à l'esprit de façon à intervenir à temps.
- 5) Le traitement institué jusqu'à présent n'a été souvent que palliatif ; il semble néanmoins résulter des observations que nous avons citées qu'il pourra aspirer à devenir curatif.

VU :

Le Président de la Thèse,

SPILLMANN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Nancy, le 18 juillet 1897.

Le Recteur,

A. GASQUET.

1891

BIBLIOGRAPHIE

- ANCELET. — *Maladies du pancréas*. Paris, 1804.
- ARNOZAN. — *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales de Dechambre*.
- ATKINSON. — *Notes of a case of acuti suppurative pancreatitis*.
Journ. of the Amer. med. as 1895.
- BAILLIE. — *Morbid anat.* 1833.
- BAMBERGER. — *Wiener Clin. Woch* 1888.
- J. BÖCKEL. — *Des Kystes pancréatiques*. Paris, librairie Baillière.
- DRASCHE. — *Ber. P. K. K. Krankenhaust Rud Stift in Wien*. 1868.
- FITZ REGINALD. — *Acute pancreatitis. The Middleton Goldsmith. Lecture for* 1889.
- FLETCHER. — *Prov. med. and Surg. Journ. Lond.* 1848.
- FRAENKEL. — *Ztschr f. Klin Med.* 1882 IV.
- FRIEDREICH. — *Ziemssen's Handb. d. sp. Path. n. Ther.* 1875 VII.
- FRISON. — *Pancréatite suppurée*. *Marseille Med.* 1875 XII.
- ST-GEORGE'S HOSP. — *Rep.* 1877. 8.
- KÖRTE. — *Traitement chirurgical de la suppuration et de la nécrose du pancréas*. *Archiv. f. Klin. Chir.* XLVIII.
- KILGOUR. — *Lond. Journ. of Med.* 1850 II.
- KLOB. — *Æster Zeitschr f. pr. Heilkde* 1860 VI.
- MASS. — *Genl. Hosp. Record and. M. S. S. Notes* 1888 V.
- J. NICOLAS. — *Lithiase pancréatique, angeio-pancréatite suppurée*
Province med. Lyon, 1897 XI.
- MUSSER. — *Am. Journ. Med. Sci.* 1886 ns XCI.
- NATHAN. — *Med. T. and. Gaz.* 1870 II.
- PAUL W. — *Of a case of suppurative pancreatitis. Tr. Clin. Soc. Lond.*
1895 XXVII.
- PERLE. — *De pancreatite ejusque morbis. Diss Inaug. Berl.* 1839.
- RIBOLI. — *Gaz. Sard.* 1858.
- RODDICK. — *Canada med. Journ.* 1869 V.
- SMITH. — *Dublin Journ. Med. Sci* 1870.
- SHEA. — *Lond. Lancet* 1881, II.
- THAYER. — *Pancréatite aiguë, abcès parapancréatique. Am. J. M.*
3 c Phila. 1895. n. 5 c. X.
-

TYPO-LITHO CH. IOCHUM ET C^{ie}, NANCY

YOUNG, J. D. IN BUSINESS AND AGRICULTURE
